VII kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 83)
z dnia 24 lipca 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 83)

24 lipca 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

– zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Pachciarz** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Trosiński** wicedyrektor Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli, **Joanna Niewiadomska** specjalistka w Zespole Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Ewa Kiersztyn** przedstawicielka Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, **Jacek Krajewski** prezes Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Kucharewicz** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej wraz ze współpracownikami, **Anna Krzyżanowska** oraz **Robert Mołdach** eksperci Pracodawców RP, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich wraz ze współpracownikami, **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Grażyna Rogala-Pawelczyk** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami oraz lobbystka **Anna Kadzikiewicz** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo serdecznie witam członków Komisji, pana ministra, panią prezes ze współpracownikami i zaproszonych gości. Dzisiejszy porządek obrad obejmuje trzy punkty. Pierwszym jest rozpatrzenie informacji na temat kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Drugim jest zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r. a trzecim – sprawy bieżące. Czy są uwagi do porządku obrad? Nie słyszę uwag. Stwierdzam zatem, że porządek obrad został przyjęty.

Przechodzimy do rozpatrzenia punktu pierwszego. Bardzo proszę – nie wiem, czy najpierw zabierze głos pan minister, czy od razu pani prezes? Witam serdecznie i bardzo proszę – pani prezes albo współpracownicy, jak pani uzna.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, przedłożyliśmy państwu dość obszerny materiał dotyczący kontraktowania świadczeń w AOS-ie, ale – jeżeli państwo pozwolą – to pan prezes Pakulski powie kilka zdań na temat tej materii.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo. Zawieranie i realizowanie umów przez płatnika ze świadczeniodawcami, zgodnie z ustawą, odbywa się w drodze postępowania konkursowego. To jest generalna zasada, umocowana w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zatem samo pojęcie konkursu oznacza, że następuje rywalizacja pomiędzy oferentami – świadczeniodawcami składającymi oferty. Z tego też wynika fakt, że ktoś pozostaje wyznaczony do zawarcia umowy a ktoś w tej konkurencji może pozostać niewybrany. I w każdym postępowaniu konkursowym mamy do czynienia z taką sytuacją. Taka sytuacja miała też miejsce podczas ostatniego konkursu, który odbył się w województwie pomorskim, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wynik tego postępowania konkursowego jest przede wszystkim wypadkową jakości ofert, które zostały złożone w postępowaniu konkursowym.

NFZ ocenia oferty czyli to, co świadczeniodawcy przedstawią do postępowania konkursowego. W naszej ocenie, w województwie pomorskim mieliśmy do czynienia z dwojaką sytuacją. Zaobserwowaliśmy, że bardzo duża liczba nowych podmiotów zgłosiła się do postępowania konkursowego. Te nowe podmioty w dużej mierze były zakładane przez pracowników dotychczasowych podmiotów, w tym publicznych. Oni też składali oferty, w dużej mierze konkurencyjne do istniejących podmiotów związanych w znacznej części ze szpitalami. Mamy zatem do czynienia – jak można rzec – z pewnego rodzaju nielojalnością pracowników w stosunku do swoich macierzystych szpitali.

Z drugiej strony, należy też powiedzieć, że w sytuacjach, kiedy oferta dotychczasowego podmiotu była wyraźnie gorzej oceniona niż oferty konkurencji, pokazywało to pewnego rodzaju beztroskę dyrektorów szpitali, którzy składali takie oferty, bowiem zasady oceny ofert w postępowaniu konkursowym od wielu lat pozostają niezmienne. One w istotnych elementach zmieniły się w ostatnim czasie nieznacznie. Wszystkie oceniane elementy, które mają wpływ na to, jaką punktację uzyska oferta, są wszystkim doskonale znane.

Oczywiście, po postępowaniu konkursowym, mamy do czynienia z sytuacją, że w niektórych miejscach objętych dotychczas zabezpieczeniem świadczeń mogą istnieć tak zwane białe plamy, czyli miejsca, w których nastąpiło istotne ograniczenie dostępności do świadczeń. Wynika to z tego, że w związku z tym, że mamy do czynienia z postępowaniem konkursowym, nie sposób przewidzieć, jaki będzie wynik tego postępowania konkursowego. Nie sposób ogłaszać postępowania konkursowego z dokładnością do ulicy czy dzielnicy. Postępowania konkursowe odbywają się zwykle na poziomie powiatu, ewentualnie jest to zespół gmin lub gmina. Mogą również zdarzać się takie sytuacje, że lepsze oferty konkursowe, które zostały wyznaczone do zawarcia umowy, skupiają się w jednej części obszaru konkursowego, natomiast pozostały obszar pozostaje niezabezpieczony.

Dlatego też, po postępowaniu konkursowym, działaniem rutynowym jest przejrzenie tego zabezpieczenia i rozważenie przygotowania postępowań konkursowych uzupełniających. Chciałbym więc państwu powiedzieć, że w wyniku wnikliwej analizy, która została przeprowadzona również na poziomie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, pani prezes pozytywnie zaopiniowała przeprowadzenie dodatkowych postępowań konkursowych w pewnych obszarach.

W wyniku prowadzonego postępowania zaobserwowaliśmy również – musimy to przyznać – pewnego rodzaju niefrasobliwość w wyznaczaniu obszarów konkursowych, która mogła faktycznie prowadzić do nierównego dostępu do świadczeń, przy czym należy wspomnieć, że rola Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i płatnika może polegać na nadzorze i ocenie wyników prowadzonego postępowania, natomiast prezes czy Centrala nie mogą ingerować w prowadzenie postępowania konkursowego – w sposób jego przeprowadzania, wyznaczanie obszarów kontraktowania.

Kończąc ten wstęp, chciałbym powiedzieć, że każdy problem, który jest nam sygnalizowany i znajduje odzwierciedlenie przede wszystkim w odwołaniach składanych do prezesa, będzie analizowany. W części obszarów już w tej chwili widzimy konieczność przeprowadzenia dodatkowych postępowań konkursowych i Oddział Pomorski takie postępowania uzupełniające będzie prowadzić. Z drugiej zaś strony należy wspomnieć, że wynik tego postępowania konkursowego w istocie jest zależny od tego, kto jaką ofertę składa, w jaki sposób przygotowuje się do tego postępowania konkursowego, bowiem,

z mocy ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, publiczny płatnik jest zobowiązany wybrać najkorzystniejszą ofertę. I tak było w tym postępowaniu konkursowym.

Jeśli pan przewodniczący lub ktoś z pań i panów posłów będzie miał szczegółowe pytania, służymy odpowiedzią.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pani prezes chce jeszcze coś dodać na tym etapie, czy nie?

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Szanowni państwo, pan prezes powiedział o postępowaniach uzupełniających. Rozumiem (zresztą to wynikało z pism), że powodem rozmowy w tym czasie na ten temat są ostatnie postępowania konkursowe. Z najbardziej bieżących informacji, których jeszcze nie ujęliśmy w materiale pisemnym, to decyzje o postępowaniach uzupełniających, głównie na bazie białych plam a więc odnośnie do powiatów w zakresie ginekologii i położnictwa czy hematologii a także w zakresie chorób zakaźnych i genetyki – to dotyczy całych województw – zostaną właśnie ogłoszone.

Jesteśmy teraz na etapie intensywnych prac nad odwołaniami w dwóch konkursach. Pierwszy dotyczył rezonansów i tomografii, te są już częściowo rozpatrzone. Jako ciekawostkę powiem, że rozpatrzenie jest w wymiarze pół na pół – połowę decyzji utrzymujemy a połowę decyzji oddziałów, po wnikliwej analizie, jednak uchylamy. Spływa do nas w tej chwili dość dużo tych odwołań, ale będą one systematycznie rozpatrywane.

Odnosząc się jednak do materii natury ogólnej, to na kanwie tego postępowania, ale także wielu poprzednich, widać pewne niedomaganie systemu, polegające na trudności w ocenie ciągłości leczenia. Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentował dość twarde stanowisko dotyczące tego, żeby była możliwość dodatkowego pozytywnego oceniania ofert podmiotów, które już działały na rynku. Myślę, że w tym gronie nie trzeba tego uzasadniać. Kwestia ciągłości leczenia, relacji opartej na zaufaniu między lekarzem a pacjentem, wymaga tego, żeby jednak uszanować w części dotychczasowe postępowanie i leczenie się w danym miejscu, oczywiście, jako dodatek, bo Wysoka Komisja doskonale wie, jakie są regulacje ustawowe – konkurs jest zasadą. Niestety, broniąc tego poglądu Narodowy Fundusz Zdrowia przegrał sprawę przed Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Jednak zmierzam w swojej wypowiedzi do powiedzenia, że taki wniosek do Ministerstwa Zdrowia złożyliśmy i w ustawie, którą – mam nadzieję – Sejm i komisja po wakacjach zechcą się zająć, wróciliśmy do definicji ciągłości (a także kompleksowości, ale o ciągłości chcę powiedzieć), która – jeżeli parlament zechce to zaakceptować – będzie uwzględniać to ryzyko zaprzestania leczenia w danym podmiocie, czyli ciągłość w takim rozumieniu, jakiego chcieliśmy już od dawna. Tyle gwoli uzupełnienia, ale także refleksja natury ogólnej, mam nadzieję, że w tej dyskusji przydatna. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze pan minister, bardzo proszę.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Może odniosę się do ostatniej części, bo już pani prezes wspomniała o noweli, która jest obecnie na etapie uzgodnień zewnętrznych u partnerów społecznych i w innych resortach. Uzgodnienia te kończą się za kilka tygodni, chyba za dwa-trzy tygodnie, jest więc duża szansa na to, że na pierwszym posiedzeniu po wakacjach Wysoka Izba otrzyma ten dokument. Jest on istotny z kilku powodów, także z tego, o którym pani prezes wspomniała, czyli – zdefiniowania wprost ciągłości i kompleksowości leczenia i dania nowej podgrupy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, czyli poradni przyszpitalnych, które tę ciągłość mają zapewnić. Do tej pory Narodowy Fundusz Zdrowia nie miał takiej możliwości, żeby wydzielić tę grupę do oddzielnego konkursu, więc ta ustawa powinna taką możliwość dać i Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł robić te konkursy w ramach AOS-u w dwóch turach. To jest przepis, który – jak myślę – do końca wakacji będzie już w parlamencie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan poseł Piontkowski.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani prezes, szanowni państwo. Ja to dzisiejsze posiedzenie traktuję jako dyskusję na temat sposobu kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ogóle a nie tylko w tej jednej dziedzinie, czy w jednym województwie, o czym zaczęliśmy mówić na poprzednim posiedzeniu komisji. W tych wypowiedziach, które się pojawiły, ucieszył mnie jeden z elementów, to wypowiedź pani prezes, która mówi o ciągłości leczenia i o zmianie w ustawie o działalności leczniczej, która rzeczywiście taką ciągłość umożliwi. Bo przecież nie tylko na Pomorzu ostatnio zdarzyło się tak, że wiele podmiotów, które dotąd prowadziły działalność leczniczą, nagle, po konkursie, okazały się już nikomu niepotrzebne. Sprzęt, który został kupiony nie tylko przez publiczne placówki, ale także przez prywatne podmioty, nagle okazuje się, że jest nie do wykorzystania i tak naprawdę nie wiadomo, co z nim robić.

Wydawałoby się, że to przecież NFZ kontraktuje świadczenia zdrowotne, myśli nie tylko o zakupie świadczeń najtańszych i dobrych jakościowo, ale także w jakiś sposób kreuje rynek zdrowotny w Polsce. I bez względu na to, co państwo będą mówić, to na pewno tak jest.

Rozstrzygnięcia konkursów przez NFZ decydują o rynku medycznym w Polsce, o byciu lub niebyciu wielu podmiotów, także publicznych. Mam więc nadzieję, że ten element ciągłości uda się wprowadzić w ustawie, nie wiem tylko, czy będzie to dotyczyć rozstrzygnięć ostatniego konkursu, czy będzie to w jakiś sposób możliwe do wyegzekwowania bez podmiotów, które działały na rynku (na przykład rok, dwa lata temu) a które, w wyniku ostatniego postępowania konkursowego, taką możliwość współpracy z NFZ-em straciły.

Podam przykład województwa podlaskiego, gdzie półtora roku temu takie postępowania konkursowe były przeprowadzone – w wyniku postępowania konkursowego w zakresie rehabilitacji dwie trzecie podmiotów zostało wyeliminowanych ze współpracy z NFZ-em. W związku z tym, na przykład, pojęcie ciągłości będzie również w jakiś sposób mogło objąć te podmioty, które wcześniej, przed ostatnim postępowanie konkursowym, taką współpracę z NFZ-em prowadziły. To jest jeden element.

Drugi element, związany z kształtowaniem rynku medycznego, to sposób rozpisywania konkursu, w którym NFZ weźmie pod uwagę także kompletność oferty. Czy nie warto byłoby zastanowić się nad tym, aby NFZ nie rozpisywał wyłącznie konkursów na poszczególne zakresy świadczeń, ale w wyraźnie widoczny sposób lepiej traktował, czy dawał więcej punktów tym podmiotom, które kompleksowo załatwiają opiekę społeczną na danym terenie? Mam na myśli zwłaszcza szpitale publiczne, które oferują leczenie kompleksowo – od poradnictwa, przez leczenie i rehabilitację – natomiast, często w postępowaniu konkursowym okazuje się, że NFZ preferuje te podmioty lecznicze, które w poszczególnych fragmentach oferują lepsze warunki i lepszą cenę, które (przynajmniej teoretycznie) według NFZ-u są lepsze.

Czy przy okazji zmiany ustawy nie warto byłoby również w jakiś sposób zabezpieczyć tę kompleksowość leczenia po to, abyśmy nie mieli co trzy lata do czynienia z sytuacją, że szpitale publiczne stają wobec faktu, że jeden, dwa albo trzy oddziały, które dotąd w szpitalu normalnie funkcjonowały, nie otrzymują kontraktu, bo z jakiś powodów ich oferta okazała się gorzej oceniona przez NFZ? Wówczas staje pod znakiem zapytania nie tylko funkcjonowanie poszczególnych oddziałów szpitalnych, ale nawet funkcjonowanie szpitala w ogóle. Takie podejście NFZ-u w pewnym sensie zastąpiłoby coś, czego państwo się boją, to znaczy, wyznaczenie sieci szpitali publicznych. Nie wiem, dlaczego od tego uciekacie, ale przecież NFZ tę sieć w jakiś sposób kształtuje a dobrze byłoby, żeby kształtował ją w sposób racjonalny, a także uwzględniając interesy placówek publicznych.

Kolejny element. Pojawiła się tu informacja o zdobywaniu kontraktów przez podmioty, które powstały na bazie pracowników placówek publicznych. Czy w związku z tym, nie funkcjonuje w tym zakresie zakaz konkurencji, który generalnie w gospodarce funkcjonuje? Czy, na przykład, dyrektorzy szpitali publicznych nie myśleli o tym, czy nie warto byłoby wprowadzić jakiegoś elementu zabezpieczającego, aby osoby prywatne

nie tworzyły podmiotów dających ceny dumpingowe w stosunku do istniejących dotąd podmiotów publicznych? Bo przecież ci lekarze pracując na oddziałach szpitali publicznych doskonale zdają sobie sprawę z sytuacji finansowej tych szpitali, ich możliwości i w związku z tym (mam wrażenie) dostosowują swoją ofertę do konkurenta, który dotąd funkcjonował na rynku, często monopolistycznie, czyli do jakiegoś oddziału szpitalnego. Czy również tutaj nie warto byłoby wprowadzić jakichś mechanizmów ochronnych dla szpitali publicznych, żeby także w taki sposób nie eliminować ich z rynku medycznego?

Element kolejny. Wspominała pani prezes o tym (lub pan prezes, nie pamiętam, kto), że w ostatnim czasie dokonano tylko niewielkich zmian, albo prawie żadnych, w sposobie oceny wniosków. Jednak do nas, posłów, docierają informacje, że wcale tak nie jest. Kolejne postępowania konkursowe niosą ze sobą zupełnie nowe wyzwania. I tak, jeśli jeszcze do niedawna jednym z najważniejszych elementów warunkujących to, czy ktoś otrzymywał kontrakt była cena, jaką on wskazywał w ofercie na poszczególne typy świadczeń, to dzisiaj prawie nie odgrywa żadnej roli. Zdarzały się przypadki, że oferty nawet o 20-30% tańsze przegrywały postępowanie konkursowe i ludzie, którzy dotąd prowadzili jakieś świadczenia medyczne, teraz nie otrzymali kontraktów z NFZ-u. Czy nie warto byłoby jednak wrócić do ceny jako jednego z elementów oceny wniosku podmiotu, który chce świadczyć usługi medyczne?

I następny element, dotyczący rozkładu terytorialnego. Pan prezes mówił tu o tym, że nie da się wszystkiego dokładnie zrobić, ale przecież NFZ może to spokojnie zrobić w taki sposób, żeby wyznaczyć limit punktów na danym terenie, który podmioty mogą zdobyć. Ja rozumiem, że podmioty startują czasem z bardzo dużą ofertą, bo zainwestowano bardzo duże pieniądze i możliwości przerobowe (tak brzydko to nazwę) danego podmiotu leczniczego są dość duże. Często znacznie większe niż zapotrzebowanie na usługi medyczne na terenie danego powiatu. Zdarza się jednak (mam wrażenie, że jest to powszechna praktyka), że NFZ taką ofertę traktuje jako jednorodną, nie do podziału, kontraktuje całość takiego świadczenia i jednocześnie podmioty, które znajdują się troszeczkę dalej, być może mają nieco gorszą ofertę, ale są bardziej dostępne pod względem terytorialnym, już nie mają szansy na uzyskanie kontraktu z NFZ-em. Czy nie warto byłoby jednak zastosować tu wyraźniejszego kryterium terytorialnego, bo jednym z elementów świadczących o dostępności do usług medycznych jest nie tylko sprzęt medyczny, który w danym podmiocie występuje, cena, jaką on oferuje NFZ-owi, ale także możliwość dotarcia do takiego podmiotu i skorzystania z jego usług?

Element kolejny. Czy nie warto pomyśleć o rozdzieleniu kontraktowania świadczeń zdrowotnych przynajmniej na dwie części, to znaczy (tak to nazwijmy) na szpitale publiczne i na część prywatną? W wielu wypadkach szpital publiczny nie jest w stanie, tak naprawdę, konkurować z nowym podmiotem prywatnym, który wchodzi z olbrzymim kapitałem. Czasem jest to także kapitał zagraniczny. Trzeba by więc zapytać w związku z tym ministerstwo, ale także NFZ, jaki jest przyszłościowy model rynku czy zabezpieczenia medycznego w Polsce. Czy państwo chcą doprowadzić do tego, aby to był tylko model rynku konkurencyjnego, gdzie każdy może swobodnie zakładać świadczenia i otrzymywać na to dofinansowanie państwowe, czy też nie warto by pomyśleć jednak o pewnej stabilności instytucjonalnej i wprowadzeniu większościowej puli środków, które NFZ ma w dyspozycji a które byłyby rozdysponowane w pierwszej kolejności pomiędzy podmioty publiczne, a dopiero drugą część na rynku konkurencyjnym między podmiotami prywatnymi? Jeżeli państwo tego nie zrobią, to wcześniej czy później dojdzie do tego, że ogromna część szpitali publicznych w Polsce po prostu padnie. Stąd pytanie: czy państwo chcą wyłącznie wolnej konkurencji, tak zwanego wolnego rynku medycznego, gdzie w pewnym momencie nie będzie jakiegokolwiek zabezpieczenia medycznego ze strony podmiotów publicznych? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie chciałem przerywać panu posłowi, jednak od razu powiem, chociażby jeśli chodzi o tę ostatnią kwestię, że w odniesieniu do obecnych rozwiązań prawnych, ustawowych, jest to niemożliwe. To po pierwsze. A po drugie, chociażby medycyna

rodzinna jest prawie w całości skomercjalizowana, czy sprywatyzowana. Musimy mieć tego świadomość.

Natomiast, jestem państwu winien ważne informacje. Dysponujemy dzisiaj salą tylko do godziny 18.00. Dlatego bardzo uprzejmie bym prosił o skracanie wypowiedzi. Ta była bardzo długa. Pan poseł poruszył na pewno bardzo ważne sprawy, ale musimy być zdyscyplinowani, jeżeli chcemy dzisiejszy porządek zrealizować. Bardzo dziękuję.

Pani poseł Hrynkiewicz. Proszę uprzejmie.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Chcę przypomnieć, że dzisiejszy punkt w porządku posiedzenia naszej Komisji został wywołany pewnym zdarzeniem. Było to zdarzenie w Trójmieście, związane z tym, że marszałek oraz prezydenci trzech miast na Pomorzu zwrócili się z wnioskiem o odwołanie szefowej NFZ-u w województwie pomorskim, co też premier zrobił od razu… I w związku z tym… Pani prezes została odwołana… Tak przeczytałam…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani prezes odwołała panią dyrektor…

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Wszystko jedno. W każdym razie, przypominam to zdarzenie, do którego doszło. Ono zostało wywołane zdenerwowaniem osób zarządzających zarówno województwem pomorskim, jak i największymi aglomeracjami tego województwa. Poprosiliśmy zatem, aby pan minister przedstawił nam stan kontraktowania usług na terenie całego kraju, ponieważ domyślaliśmy się, że istnieje uzasadnione podejrzenie, że skoro tak się dzieje w województwie pomorskim przy tych samych przepisach finansowych a także kadrowych – jak sądzę – to tak samo może być gdzieś indziej. I dostajemy materiał pt. „Informacja na temat kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej" 24 lipca 2013 r. na posiedzenie Komisji.

Szanowna pani prezes i czego się dowiadujemy? Że po prostu jest idealnie. Nie ma problemów. Wszystko jest dobrze, jeśli chodzi o dostępność usług – ona jest idealna, bo cóż to za problem, że w stabilnej sytuacji muszę czekać kilka dni na wizytę u specjalisty. W ogóle nie ma z tym problemu. Nie podnoszą tu państwo żadnego problemu. Oczywiście, być może jest problem z opieką psychiatryczną, o której tu w ogóle nie mówicie – nie wiem, może ona już nie wchodzi w zakres tej opieki, bo nie podajecie tu tych danych na wszelki wypadek. Nie ma tu informacji na temat rehabilitacji – być może ona w ogóle wypada z tych kontraktów, nie mam pojęcia – i nie ma w tym wykazie jeszcze kilku innych dziedzin, ale poza tym wszystko się zgadza, jest bardzo dobrze.

A ponieważ ja w kilku oddziałach starałam się otrzymać informacje i one istotnie różniły się od tej (nie są one, niestety, ze względu na krótki czas przekazane na piśmie) i biorąc pod uwagę fakt, że dzisiaj mamy czas tylko do godziny 18.00, to prosiłabym, panie przewodniczący, żeby jednak Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił nam rzeczywisty stan i, żebym tu nie czytała, że po prostu jest świetnie, że zadbał o kompleksowość i żebym znowu nie dostawała listów z Grodziska Mazowieckiego, w których pacjentki piszą, że do ginekologa mogą dostać się w przyszłym roku a badania USG mieszkanki Grodziska mogą zrobić w Piasecznie, bo to się nazywa kompleksowość i dostępność tego leczenia. I żebym nie dowiadywała się, że skierowanie na specjalistyczne badania ginekologiczne wydane przez jednego ginekologa można zrobić tylko w tej samej poradni a ta poradnia ma już wyczerpany kontrakt do końca roku… Ja zupełnie czegoś innego się dowiaduję. Z zupełnie czymś innym zwracają się do mnie wyborcy, w dodatku z całego kraju – nie wiem, dlaczego posłowie nie są w stanie do swoich własnych wyborców dotrzeć.

Gotowa jestem to zawiesić na stronie internetowej i napisać oświadczenie, że jeśli ktokolwiek ma jakiekolwiek problemy, to niech się zgłasza do pani Pachciarz, bo pani prezes Pachciarz na posiedzenie Komisji Zdrowia przysyła materiał, z którego wynika, że dostęp do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie opieki specjalistycznej w Polsce jest idealny. Nie ma żadnego problemu. Jest kompleksowy, jest ciągłość leczenia,

dostępne są usługi. Powiedziałabym nawet, że usługi te są „ponaddostępne”, bo kiedy czeka się dwa dni, czy dwa tygodnie, to nie jest to żadne oczekiwanie.

Naprawdę, panie przewodniczący, to jest albo kiepski żart, albo – jak mi się wydaje – bardziej skandal. Chcę przypomnieć pani prezes Pachciarz, że Sejm ma funkcję kontrolną i to jest jedna z podstawowych funkcji Sejmu. My mamy prawo kontrolować, proszę więc nam takich materiałów nie przedstawiać. Jakie są problemy? Czy są problemy, czy ich nie ma?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Kłosin, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Postaram się mówić mniej emocjonalnie, mimo że jestem reprezentantką województwa pomorskiego, w którym odbył się konkurs na kontraktowanie świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rzeczywiście, w wyniku tego konkursu tak się stało, że część podmiotów, które dotychczas świadczyły usługi w różnych zakresach, straciła kontrakty, weszły natomiast nowe podmioty.

Pan prezes był uprzejmy powiedzieć, że doszło do niefrasobliwości w wyznaczaniu obszarów konkursowych. Poprosiłabym pana prezesa o doprecyzowanie, do jakiego rodzaju niefrasobliwości doszło, bo wiemy, że niektóre miasta straciły bardzo dużo poradni – nie chcę podawać ani liczb, ani procentów, bo w tej chwili nie o to chodzi. Są też białe plamy. Odnośnie do tych białych plam pani prezes powiedziała, że będzie konkurs uzupełniający. Moje pytanie: jak zostanie rozpisany ten konkurs uzupełniający? Jakie będą kryteria tego konkursu? Czy to będzie konkurs rozpisany na powiaty, czy na te miejsca, w których stwierdzono brak zabezpieczenia świadczeń?

I kolejne pytanie. Po raz pierwszy w województwie pomorskim odbyło się kontraktowanie AOS-u na nowych zasadach. Tam były wprowadzone kryteria oceny ofert, tak zwane cenowe, które zawsze były, i kryteria niecenowe. W ramach kryteriów niecenowych premiowano, między innymi, tak zwaną kompleksowość a także jakość. Była bardzo wysoka liczba punktów za jakość. Kieruję więc prośbę do pani prezes o sprecyzowanie, jak były ustawione wagi. Jakie były proporcje w ustawieniu wag przy punktacji? Ile było w ramach kryteriów cenowych? Czy to było 20% czy 50% całości? Jak one były konstruowane i w jaki sposób i na podstawie jakich parametrów oceniano jakość? Bo w kryteriach pozacenowych najwyżej punktowana była jakość, nie kompleksowość. W ogóle nie było tego, o czym mówił pan poseł, czyli ciągłości świadczenia. Może należy rozważyć wprowadzenie tego kryterium, bo również uważam, że to jest istotny element. Jak była punktowana jakość?

A ponieważ zadziało się to, co się zadziało i docierają do mnie różne sygnały od świadczeniodawców, którzy w tej chwili (co pani prezes potwierdziła) odwołują się od decyzji komisji konkursowych, moje pytanie dotyczy tych właśnie odwołań. Ile odwołań zostało rozstrzygniętych na poziomie Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego? Czy były odwołania rozstrzygnięte pozytywnie? Ile odwołań wpłynęło już do pani prezes w zakresie AOS-u do tej chwili? Ile odwołań rozstrzygnięto pozytywnie i jakie były przyczyny zmiany decyzji przez panią prezes? Jakie były główne błędy, które pani prezes może w tej chwili podać, w przeprowadzonej ocenie ofert w województwie pomorskim?

I jeszcze jedno pytanie. Pani prezes, po raz pierwszy wprowadzono do kryteriów tak zwaną punktację ujemną. Wiele podmiotów podnosiło problem punktacji ujemnej jako nierówne traktowanie podmiotów, bo punktacja ujemna dotyczyła tylko tych podmiotów, w których kontrola była wykonana w roku ubiegłym czyli 2012. One od razu traciły punkty w związku z tą punktacją ujemną. Nie dotyczyło to natomiast podmiotów, które wiedziały, że takie kryterium jest – zmieniły swoją osobowość prawną i wystartowały do konkursu jako nowy podmiot. Ile takich przypadków stwierdzono i jak to wygląda w skali całego Oddziału? Czy państwo w ogóle badali ten problem?

I ogólnie – jak pani prezes ocenia ten konkurs? Jakie były główne przyczyny takiego wyniku, jaki był w województwie pomorskim? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze raz przypominam, że salę mamy tylko do godziny 18.00. Bardzo proszę, pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, pani prezes, panie ministrze. Ja chciałabym usłyszeć bardzo precyzyjne odpowiedzi na pytania, bo – kontynuując myśl pani poseł Hrynkiewicz – rzeczywiście zestawienia możemy przeanalizować w odpowiednim momencie, natomiast nas interesuje konkretna sytuacja, to, co wydarzyło się na Pomorzu. Jakie zostały wyciągnięte wnioski? Państwo o tych wnioskach nie powiedzieli, mówiąc z grubsza, że coś nie zadziałało w systemie i, że będzie przygotowane rozporządzenie, czy jakieś zmiany – bardzo proszę o wskazanie kierunku i podanie, jakie są to wnioski. To po pierwsze, bo jedynym wnioskiem, żeby uciszyć opinię publiczną, było pozbycie się pani dyrektor, która – jak myślę – raczej konsultowała wszystko z panią prezes, bo aż takiej samodzielności poszczególne oddziały nie mają.

Po drugie, co z tymi podmiotami, które w sposób skandaliczny nie uzyskały kontraktu?

Proszę się nie uśmiechać, panie prezesie, bo powszechnie mówi się, że państwo są państwem w państwie.

Nikt nie jest w stanie zweryfikować, w jaki sposób rozstrzygacie konkursy. Dopiero, kiedy poseł się zaweźmie, zobaczy to, o czym słyszy się w kuluarach… I, rzeczywiście, przedstawiciele poszczególnych podmiotów mówią wprost: pani poseł, tam są takie i takie informacje. One są niesprawdzone, niezweryfikowane i nieprawdziwe. Oni nie mają dostępu do tych dokumentów. Ja mam i dwukrotnie już to potwierdziłam.

Proszę więc się nie uśmiechać, tylko wyciągać wnioski na przyszłość, bo ma pan jednak duże obowiązki w stosunku do obywateli tego państwa i pełni pan służebną funkcję.

Zatem – co stanie się z tymi podmiotami i jakie były wyjaśnienia?

I jeszcze to, o co pytała pani poseł, która zdaje się zna strukturę Narodowego Funduszu Zdrowia, bo kiedyś tam pracowała. Pytam panią prezes i pana prezesa – jaką kwotą państwo dysponują na dodatkowe konkursy, być może na zakontraktowanie dwóch przychodni? W jaki sposób zweryfikują państwo to, co się wydarzyło? Bo nie sztuka powiedzieć, że to, co tam mamy w kontekście poszukiwania 8,5 mld zł w poszczególnych ministerstwach i Narodowym Funduszu Zdrowia… Jestem bardzo zainteresowana, o jakich kwotach będziemy mówić w odniesieniu do tego dodatkowego konkursu.

Kolejna sprawa. W beztroski sposób pan prezes przyznaje, że bliżej nieokreśleni dyrektorzy, urzędnicy pracujący w różnych rodzaju instytucjach, mając pełną wiedzę na temat sytuacji w poszczególnych poradniach, wystartowali nagle w konkursie i wygrali. W związku z tym, panie przewodniczący, to jest wniosek formalny (i będę chcieć, żeby był przegłosowany), żeby komisja wystąpiła do Najwyższej Izby Kontroli, bo nie dość, że to jest niezgodne z prawem (proszę sprawdzić, ile tam złamano ustaw) to kręcenie lodów to za mało powiedziane, bo jest to bezczelność, żeby publicznie się do tego przyznawać a nie po cichu.

Kolejne pytanie. Co w pozostałych województwach? Oczywiście, mamy załącznik nr 1, gdzie zostało pokazane, które umowy wygasną na rok 2013, natomiast, jak wynika z informacji, dość oględnej… Ja chciałabym wiedzieć, co dalej, to znaczy, które wygasną w roku 2014, w 2015, bo w materiale jest taki komunikat, z którego wynika, że umowy w większości podpisane są na trzy lata, jedynie w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim podpisano umowy na pięć lat, a Małopolski Oddział Wojewódzki się nie zastosował… Dlaczego się nie zastosował? Proszę o rozszerzenie tego akapitu.

Na przykład, w moim okręgu, gdzie zostały rozstrzygnięte konkursy, pani prezes, nieskutecznie walczymy o ginekologa w Żarowie. Spełnił wszystkie wymogi a z jakichś nieokreślonych powodów nie dostał kontraktu. Kilkanaście wsi nie zostaje w sposób właściwy zaopatrzone a beztroskie odpowiedzi ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia mówią o tym, żeby sobie dojechali – nie wiadomo, gdzie.

I ciekawostka, pani prezes. Oczywiście, pan przewodniczący nas dyscyplinuje, bo mamy bardzo mało czasu i właściwie tylko tym powinniśmy się dzisiaj zająć, ale zdaje

się, że pani prezes w inne dni nie może być dostępna. Myślę, że przełożymy tę dyskusję, bo sprawa jest bardzo poważna.

Rozbawia mnie i rozbraja taki komunikat pod hasłem „dostępność", bo wszyscy specjaliści w moim okręgu już mi zameldowali, jak to wygląda. Gratuluję tak perwersyjnych rozwiązań, bo inaczej tego nie można nazwać. Otóż, jeśli chodzi o dostępność, musi być spełniony następujący warunek – poradnia specjalistyczna czynna nie krócej niż trzy dni w tygodniu po cztery godziny dziennie. Gratuluję! A limit jest na połowę jednego dnia. I to jest powszechne stosowane rozwiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia. Takie zalecenie, po czym zlimitowanie w taki sposób, że panowie doktorzy razem z panią pielęgniarką za darmo „bujają" się przez następne dni. Myślę, że to też należy przełożyć i zestawić, żeby te dwie wartości były kompatybilne.

I tylko dlatego, że pan przewodniczący mnie dyscyplinuje (dziękuję) powtarzając oficjalny wniosek o to, żeby Komisja wystąpiła do Najwyższej Izby Kontroli, żeby bezwzględnie zweryfikować świadczenia i sposób ich kontraktowania a szczególnie w odniesieniu do tych urzędników, którzy nagle powygrywali konkursy po zawiązaniu różnego rodzaju spółek, dyrektorów szpitali itd. Mówimy o bardzo poważnych kwotach z pieniędzy publicznych i zdrowiu obywateli. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Szczypińska.

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Postaram się mówić krótko, bo część pytań została już zadana przez moich przedmówców.

Do tego, co się stało na Pomorzu, panie ministrze i pani prezes, w ogóle nie powinno dojść. To jest wielki skandal, za który cenę płacą i będą płacić pacjenci.

Niewystarczająca jest informacja, której pani udzieliła, że będą jeszcze nowe konkursy i ewentualnie niektóre białe plamy zostaną zapełnione. Nie wiem, jakie białe plamy. Na ten temat nie otrzymałam żadnych informacji. Wysłałam do państwa zestaw pytań czy interpelacji i żadnej odpowiedzi nie otrzymałam.

Mam jednak pytanie do pana ministra i do pani prezes – czy, na przykład, Wojewódzkie Centrum Onkologii, które mieście się w Gdańsku, państwa zdaniem jest potrzebne, czy nie? Pytam, bo z informacji, jakie uzyskałam okazuje się, że nie. Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku nie przyjmuje pacjentów, nie otrzymało kontraktów. Nie ma kontraktów na diagnostykę obrazową, na tomokomputer, na rezonans, na poradnię dla chorych na raka. Co mają robić ci pacjenci? Czy mają czekać do jesieni? Do jakiego terminu, panie ministrze? Czy mają czekać na nową ustawę czy na nowe rozporządzenie? Przecież oni odchodzą z kwitkiem od okienka i w zasadzie nie mają gdzie dokonać tych badań a nie muszę państwu mówić, że to oznacza jedno – to jest wyrok dla tych chorych. Wydaje się, że sfera chorych onkologicznie powinna być priorytetem. Ja od pana ministra Arłukowicza często słyszałam, że onkologia jest priorytetem. Jak to wygląda w województwie pomorskim, to chyba już widać? Obawiam się, że nie tylko w województwie pomorskim.

Ja też mam wniosek. Oczywiście, odwołano panią dyrektor. Żeby ją odwołać były różne apele, pacjenci zbierali podpisy, odbywały się demonstracje, wiece. To wszystko byłoby niepotrzebne, gdyby był odpowiedni nadzór nad kontraktowaniem. Kieruję więc pytanie do pani prezes: jakie kroki będą podjęte przez panią w najbliższych dniach, żeby tę chorą sytuację w województwie pomorskim natychmiast zmienić? Nie może być tak, że Wojewódzkie Centrum Onkologii nie ma kontraktu, że pacjenci odchodzą z kwitkiem. I to nie jest niefrasobliwość. Ja bym użyła mocniejszych słów, ale z uwagi na szacunek do tego miejsca, nie użyję ich. Proszę o odpowiedź. A chciałabym usłyszeć odpowiedź, w której będzie konkretnie powiedziane, czy i jakie będą kontrakty, gdzie one będą, na jakich zasadach, kiedy i czy onkologia tak naprawdę będzie priorytetem, czy nie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Chciałabym zadać jedno, chyba podstawowe pytanie. Mówiło się dużo o tym, że będziemy w końcu mieć rejestry jednostek, które już są i działają, i tych, które dopiero chcą się wpisać jako nowe, czyli – o zgodzie na tworzenie zupełnie nowych podmiotów leczniczych, w tym również z poradni i oddziałów szpitali. Powstaje więc pytanie odnośnie do tej sytuacji, jaka powstała. Dopóki nie będzie możliwości wyrażenia zgody przez wojewodę czy marszałka (miało to być u wojewody) każdemu nowemu podmiotowi na funkcjonowanie, to będzie tak, jak jest w tej chwili. Będą powstawać nowe poradnie, nowe szpitale czy oddziały i będą ubiegać się o kontrakt. Jak powiedziałam, miało to być zrealizowane. Myślę, że czekamy, żeby powstało coś takiego, żeby można było powiedzieć, że na tym terenie… Bardzo bym prosiła, pani profesor. Dobrze? Dopóki takich rejestrów nie będzie, to będziemy mieć takie problemy.

Chciałabym też wrócić do sprawy Pomorza, ale w innym kontekście. Twierdzą państwo, że została odwołana pani dyrektor Oddziału, ażeby ją odwołać, potrzebne były różnego rodzaju naciski. A ja zapytam, za co, tak naprawdę, została odwołana, bo z tego, co wiem, przy świadczeniach odrębnie kontraktowanych (a więc takich, jak badanie tomografem komputerowym, rezonansowe itp.) była kontrola pod względem prawidłowości kontraktowania. Ta kontrola nic nie wykazała. To znaczy… Ale ja pytam…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, będzie czas na odpowiedzi pani prezes i wszystkiego się dowiemy. Bardzo proszę kontynuować.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

W każdym razie – tak jak mówię – jeśli chodzi o świadczenia odrębnie kontraktowane, była kontrola, która nie wykazała nieprawidłowości w kontraktowaniu. W tej chwili są AOS-y na Pomorzu. Prawdopodobnie nie było jeszcze dogłębnej kontroli (nie ma z tego żadnego materiału), ale należałoby się spodziewać, że również tu nie ma żadnych nieprawidłowości w kontraktowaniu. W związku z tym powstaje pytanie, dlaczego tak się zadziało, zaś przyczyny, które to spowodowały, należałoby usunąć. I to jest podstawowa sprawa, bo wszyscy wybrali najprostszą drogę, żeby odwołać panią dyrektor i uznali, że sprawa jest załatwiona. Nie jest to załatwienie żadnej sprawy, bo – tak, jak powiedziałam – kontraktowanie odbyło się prawidłowo, zgodnie z obecnym prawem. A jeżeli odbyło się prawidłowo, to prawo gdzieś zaszwankowało. Myślę więc, że musimy tutaj powalczyć o to, żeby ono było czytelne a nie dodawać do rozporządzeń nowych znaczeń, które wynikają przede wszystkim z tego, co zastaliśmy. Pan minister mówił: wprowadzamy nowy produkt jak poradnie przyszpitalne, bo tego nie było i nie można było zarejestrować, a o reszcie nie będę mówić. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Postaram się zająć niedużo czasu, ale odniosę się raczej do wcześniejszych wypowiedzi, a na zakończenie może sformułuję jedno pytanie, bo ono powinno paść… Dobrze, ale mam prawo zabrać teraz głos, tak jak każdy z państwa. Proszę mi tego prawa nie odbierać.

Otóż, Komisja poprosiła o to, abyśmy na jej posiedzeniu – dzisiejszym, akurat tak się stało – rozpatrzyli informację na temat kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Materiał został nam przedłożony przez Narodowy Fundusz Zdrowia i przez Ministra Zdrowia, na co chciałbym zwrócić uwagę. Zarzuty, że ten materiał jest złej jakości i jakoby z niego wynika, że wszystko jest cudownie i świetnie, są nieuprawnione, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił nam materiał, który w statystycznym ujęciu pokazuje pewne dane dotyczące zakontraktowania w zakresie AOS-u. Przy okazji powiem, że psychiatria nie wchodzi w zakres AOS-u – wyręczę panią prezes. Co istotne, ten materiał przedstawia nam też w sposób opisowy pewne założenia, jakie Narodowy Fundusz Zdrowia zamierza przyjmować przy kontraktowaniu AOS-u. Wydaje mi się, że to jest bardzo ważne, bo po raz pierwszy

możemy przeczytać, jak Narodowy Fundusz Zdrowia widzi pewne praktyczne wymagania, które mają poprawić i usprawnić jakość udzielania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Natomiast, jeśli chodzi o materiał z Ministerstwa Zdrowia, który otrzymaliśmy – moim zdaniem – jest on bardzo dobry, bo po raz pierwszy kompleksowo ujmuje czas oczekiwania w poradniach specjalistycznych (o co zwykle toczy się największy bój), jakie są rzeczywiste czasy oczekiwania w poradniach specjalistycznych. Są wymienione te poradnie, w których czas oczekiwania jest najdłuższy, w podziale na przypadki pilne i stabilne, i w podziale na województwa a także – na co proszę zwrócić szczególną uwagę – z procentowym wyznaczeniem świadczeniodawców, do których nie ma żadnych kolejek, dostęp jest swobodny, bez żadnego oczekiwania, również przez pacjentów, którzy w innych poradniach są zapisani w kolejce.

Tak więc uważam (nie chcę powiedzieć, że po raz pierwszy, bo na pewno nie po raz pierwszy), że dzisiaj otrzymaliśmy materiał, jakiego Komisja miała prawo oczekiwać. Ten materiał – przynajmniej dla mnie – jest wyczerpujący.

Rzeczywiście, mam pytanie. Już kiedyś zadawałem to pytanie. Ono dotyczy jednego z kryteriów, jakie państwo przyjmują (padało już tutaj) – trzech dni i czterech godzin w tygodniu. Ja wiem, że zawsze pojawia się tłumaczenie, że dyrektor Oddziału w wyjątkowym wypadku, jeśli jest to jakaś wąska specjalizacja, może ustalić, że poradnia może rzadziej pracować, ale ja uparcie będę powtarzać pytanie dotyczące poradni ginekologiczno-położniczych. A moje pytanie brzmi – czy rzeczywiście nie można stworzyć jasnych i przejrzystych kryteriów, kiedy poradnia ginekologiczno-położnicza, przynajmniej w zakresie położniczym, czyli dla ciężarnych, mogłaby być czynna w przychodniach gminnych, które działają na terenie pięcio-sześciotysięcznych gmin (są na terenie powiatów, gdzie w szpitalach powiatowych zwykle jest większa poradnia albo funkcjonują poradnie prywatne), żeby chociażby raz w tygodniu (bo nie ma większej potrzeby) przyjechał specjalista, ginekolog-położnik i zaopatrzył kobiety ciężarne? Czy nie można spróbować stworzyć takich kryteriów, żeby to było możliwe? Bo, moim zdaniem, najważniejszym wyznacznikiem jakości opieki położniczej nad ciężarną jest dostępność do tej opieki na miejscu.

Do podstawowej ambulatoryjnej opieki położniczej nie potrzeba wymyślnego sprzętu. Śmiem twierdzić, że czasem nawet ultrasonograf nie jest potrzebny na miejscu, natomiast bardzo ważne jest, żeby był specjalista ginekolog-położnik. I to jest mój apel, i pytanie – czy Narodowy Fundusz Zdrowia nie spróbuje opracować takiego kryterium, szczególnie dla poradni położniczej dla kobiet ciężarnych? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja bardzo króciutko, ale chciałbym, żeby pani prezes i państwo wysłuchali tego, co powiem, dlatego, że to dotyczy praktyki. Już wiem, że padło wiele przykrych słów i przykładów różnych zjawisk, spytam więc tylko konkretnie, czy wiedzą państwo o tym, co się dzieje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w aspekcie zarządzenia pani prezes (co mówiła pani poseł Zalewska) w aspekcie wymaganego harmonogramu czasu pracy poradni specjalistycznej? A ja wykażę na swoim przykładzie, że wylewamy dziecko z kąpielą. Pomimo że intencje może są zrozumiałe (mieliście bardzo dobre intencje) to tam, gdzie opieka ambulatoryjna była szczątkowa, ale zabezpieczała rejon, teraz – poprzez to zarządzenie – całkowicie zlikwidowaliście tę opiekę.

W środkowopomorskim zlikwidowaliście wszystkie poradnie specjalistyczne. Oczywiście, teraz będzie postępowanie uzupełniające, ale – co to znaczy, skoro cały czas wymaga się, że muszą działać co najmniej trzy razy w tygodniu i przez cztery godziny. Proszę sobie wyobrazić, że jeżeli jest jeden endokrynolog na pół województwa, pani prezes, to żeby bywać trzy razy w tygodniu po godziny godziny, musiałoby ich być dwunastu. A jest ich dwoje – ja jestem jednym z endokrynologów. A pracuję także jako wolontariusz, bezpłatnie. Proszę zwrócić uwagę na to, że tam, gdzie funkcjonowaliśmy, nawet

szczątkowo, wszystko zlikwidowaliście. Są protesty ze strony ludzi, że to są działania polityczne itd.

Jeszcze raz mówię, że rozumiem intencję, że chcieliście dogodzić, tylko, że teraz całkowicie pozbawiliście tych ludzi opieki kardiologa, urologa i endokrynologa. Myślę, że tak jest w całej Polsce. Jeśli tak skrupulatnie będziecie przestrzegać tych wymogów, to praktycznie pozbawicie połowę Polski dostępu do opieki specjalistycznej. I to poddaję pod rozwagę. Czy wiecie o tym, czy zdajecie sobie z tego sprawę?

Jeszcze raz powtarzam – wcale nie mam pretensji w odniesieniu do tego zarządzenia, tylko nie wiem, czy znaliście realia. Jeśli jest dwóch urologów na 400-500 tys. mieszkańców, to jak zrobicie, żeby poradnie były czynne trzy razy w tygodniu, tym bardziej, że pracują oni jeszcze w szpitalu. Proszę więc pochylić się nad tym i zweryfikować swoje dane i inne okoliczności. Mówicie tutaj o konieczności dojazdu pacjentów do większego ośrodka a oni teraz wszyscy muszą dojeżdżać. Tragedia! To jest dramat, naprawdę. To jest jedna sprawa...

Proszę? Nie da rady, bo to jest masa ludzi. Dlatego, panie przewodniczący Katulski – jeszcze tylko dwa zdania – te wszystkie starania Ministerstwa Zdrowia i podawanie tych przypadków stabilnych i niestabilnych, to tylko pozór. Po co tracicie na to czas? Po co wydajecie na to pieniądze? Przecież to jest całkowicie bez sensu. Przeczytam państwu: – kujawsko-pomorskie, przypadek pilny, łączna liczba osób oczekujących 12. Przypadek stabilny – 4887. Średni rzeczywisty czas oczekiwania – mediana 48, średnia 60. Procent komórek organizacyjnych, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 0 dni – 84%. Czyli – 84% poradni przyjmuje natychmiast. I dalej, liczba komórek organizacyjnych, które przekazały informacje – 43. Co to znaczy? A ile w ogóle jest tych komórek organizacyjnych? 120 a może 43. Nie wiemy, ile ich jest. A może 120 nie sprawozdało a tylko 43 prowadziły sprawozdawczość. To nie ma żadnego znaczenia. Wyjdźcie na zewnątrz i spytajcie ludzie, ile czekają – rok, półtora roku, dwa lata. Przecież na to szkoda czasu. Szkoda na to papieru. To jest bez sensu, naprawdę. Z całym szacunkiem odnośnie do przygotowanego materiału, nie ma po co się w to bawić.

Zatem, mam tylko jedno, najważniejsze pytanie. Czy zdajecie sobie sprawę z tego, że wylaliście dziecko z kąpielą? Zastosowaliście straszne, dramatyczne rozwiązania, bo całkowicie pozbawiliście ludzi na wielu obszarach Polski rzadkiej opieki specjalistycznej – kardiologa, endokrynologa, urologa i diabetologa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę, jeszcze *ad vocem*, dwa zdania, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję. Ja chciałbym jednak skorzystać z prawa do *ad vocem* – padło moje nazwisko. Panie przewodniczący Hoc, nie może pan twierdzić, że ten materiał jest nic niewart, że są to nic niewarte wypociny, że szkoda czasu na opracowanie takich materiałów, bo wielokrotnie właśnie z pańskich ust słyszałem, że powinna być wreszcie podana ilość, ilu pacjentów, w jakich poradniach czeka w kolejkach. To jest właśnie materiał, o który pan wielokrotnie się dopominał. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani przewodnicząca Szymiec-Raczyńska, bardzo proszę.

Poseł Halina Szymiec-Raczyńska (ID):

Chciałabym zadać jedno pytanie. Jednym z kryteriów oceny oferty jest harmonogram. A harmonogram raz oceniony, mimo że nie może być wypełniony zakupionymi ostatecznie świadczeniami, pozostaje niezmienny. W ten sposób powstaje tak zwany pusty harmonogram czyli zjawisko polegające na tym, że lekarz jest zobowiązany do obecności w gabinecie, mimo że wiadome jest, iż nie wykonuje żadnej pracy. W ocenie środowiska lekarskiego harmonogramy nie powinny być oceniane, tylko ustalane w toku negocjacji, zgodnie z ostatecznym kształtem umowy. Pozostawienie dotychczasowej praktyki wpływa, po pierwsze – na zawyżenie kosztów świadczenia i *de facto* eliminuje świadczeniodawców z rynku, ponieważ lekarz w jednym gabinecie, czy w jednej przychodni musi przebywać nie wykonując pracy na rzecz pacjentów, a inna poradnia, która chęt-

nie by zakontraktowała z nim świadczenia, niestety, nie może go zatrudnić, bo automatycznie ujawni się konflikt, że lekarz jest gdzieś zatrudniony. Czy państwo zamierzają to zmienić?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, pani prezes, panie prezesie, szanowni goście. Rozpocznę humorystycznie, choć temat nie jest wesoły. Wypowiedź mojego kolegi, pana posła Hoca, mówiącego, że on pracuje i to często charytatywnie, zawiera pewnie lokowanie produktu. Myślę, że więcej członków Komisji Zdrowia jest aktywnymi lekarzami, też pracują i też nie zawsze pobierają za to wynagrodzenia.

Ale, *ad rem*. Sprawa AOS-u i czterech godzin nurtuje Komisję już od wielu lat. Pamiętam, że w momencie, kiedy pan prezes Paszkiewicz taką decyzję podejmował, byłem jednym z przeciwników tej decyzji. A to z jednego prostego powodu (to jest nawiązanie do tego, o czym mówiła pani przewodnicząca Szymiec-Raczyńska), że AOS, który jest specyficznie rozliczany, bo nie jest rozliczany tak jak POZ, rozlicza się za wykonane świadczenia. Dlatego sytuację, kiedy lekarz chce operować na większym terenie, czyli – tak naprawdę – poświęca swój czas i pieniądze, bo pewnie Narodowy Fundusz Zdrowia nie kalkuluje środków za paliwo oddzielnie, należałoby rozpatrywać raczej jako korzystniejszą dla pacjentów niż sytuację, kiedy musi on trzy dni w tygodniu przez cztery godziny przebywać w gabinecie. To nabiera znaczenia dlatego, że w różnych programach profilaktycznych (między innymi w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych") wysyłane są, i to za sporą odpłatnością, mammobusy czy cytomammobusy. To jest konkretny koszt dojechania bardzo specjalistycznego sprzętu, który służy w terenie do diagnostyki i prowadzenia profilaktyki, która mogłaby być wykonana w ramach AOS-u, jeśli taka byłaby chęć.

Ja bardzo dziękuję, że ze strony obecnej pani prezes nastąpił ruch w tym kierunku, ponieważ oddział Narodowego Funduszu Zdrowia może podpisać taką umowę kontraktową w uzasadnionych przypadkach, ale bardziej liczylibyśmy na to, że tych uzasadnionych albo obiektywnych przypadków będzie dużo więcej, żeby specjaliści, jeśli wyrażają taką chęć, świadczyli usługi w większej liczbie miejsc. Chyba jest to bardziej korzystne dla pacjentów niż mniej.

Odnośnie do tych danych statystycznych, które były tu wielokrotnie dezawuowane przez członków komisji pochodzących z opozycji, przypomnę, że to sprawozdanie zawiera również na str. 6 informację mówiącą o skargach wpływających do Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju AOS. Przypomnę, że tych skarg za rok 2012 złożono 1948, co zapewne jest liczbą mniejszą w stosunku do roku 2011, ale świadczącą o tym, że albo pacjenci rzeczywiście nie skarżą się na te kolejki makabrycznie wyglądające w państwa oczach, albo też… Tak, u pani poseł Zalewskiej w biurze parlamentarnym – tam wpływa większość tych skarg… Natomiast, bez takich danych statystycznych nie będziemy nigdy mieć rzetelnej informacji.

I tu rzeczywiście słuszna uwaga, że zapewne w umowie kontraktowej z danym świadczeniodawcą ta rzetelność raportowania czyli informowania o osobach oczekujących (czy w trybie pilnym, czy w trybie planowym) na poszczególne świadczenia AOS-u powinna obejmować maksymalnie wysoką albo stuprocentową liczbę świadczeniodawców, żeby informacja mówiąca o tym, czy czterdzieści podmiotów, czy czterdzieści placówek stanowi sto procent świadczeniodawców na danym terenie, była automatycznie do obalenia, czyli, że sto procent raportuje i te czterdzieści, pięćdziesiąt czy sto placówek to jest sto procent.

I wreszcie uwaga jednego z moich kolegów, mówiąca o ewentualnej dostępności sprzętu. Akurat tutaj została wymieniona poradnia ginekologiczno-położnicza. Myślę, że ten sprzęt (ultrasonograf, czy inny sprzęt do takiej diagnostyki, zwłaszcza w przypadku kobiet w ciąży) powinien być jak najwyższe klasy, ponieważ ta diagnostyka musi być rzetelna. W XXI wieku trudno to robić przy pomocy stetoskopu Pinarda, czy nawet detektora tętna płodu. W położnictwie czy w medycynie perinatalnej zakłada się dostęp-

ność bardzo eksperckiego sprzętu, który – *notabene* – dzięki miniaturyzacji, może być transportowany. Ponieważ ultrasonografy zmniejszyły swoje wymiary i mogą być przewożone, mogą być dostępne w kilku tych poradniach. Skoro możemy dowozić mammografy, możemy też dowozić ultrasonografy, których przewóz na pewno jest mniejszym problemem.

I na zakończenie jeszcze jedna sprawa, z którą borykają się pacjenci i ją zgłaszają. To też jest do rozważenia. Chodzi o kwestię dostępności badania mammograficznego na sprzęcie, który jest wykorzystywany w kontraktach. Często ten sprzęt jest dofinansowany ze środków unijnych. Ten sprzęt jest dedykowany badaniom mammograficznym skriningowym. I często jest tak, że pacjenci na tym sprzęcie nie mogą mieć wykonanej mammografii diagnostycznej czyli takiej, która nie wchodzi automatycznie w pulę skriningu – jest taka grupa pacjentów. To też jest do rozważenia, w jaki sposób można by było ominąć tę lukę a właściwie brak możliwości diagnostycznego wykorzystania takiego sprzętu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan przewodniczący Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Mam jeszcze pytanie do pani prezes. W aspekcie tego, co pan przewodniczący powiedział o ginekologii, przypomniał mi się przypadek sprzed czterech dni, ale ponieważ dopiero mam na ten temat pisać, nie wyartykułowałem tego od razu. Chodzi o konkretny przypadek.

Wykonano mammografię. Jest podejrzany guzek 10 mm i jest zalecenie dla pacjentki, żeby zgłosiła się pod wskazany adres w celu wykonania badań specjalistycznych typu USG, ewentualnie dalszych. Kiedy dzwoni się pod ten numer, odbiera pani – początkowo w to nie wierzyłem, ale sam sprawdziłem – która mówi „tak, dodzwoniła się pani, ale nie możemy podać pani terminu przyjęcia, ponieważ na razie nie mamy żadnych miejsc". Czyli, nieograniczony czas. Zatem, ja na drugi dzień dzwonię, przedstawiam się, że jestem lekarzem, potem mówię, że jestem również posłem i ona powtarza to samo. Pytam – czy pani jest tego pewna, czy to jest prawda? „Tak, prawda". A więc nie podaje się terminu.

Dlaczego więc mówiłem o tych przypadkach, że jest to absurdalne i szkoda na to czasu? Dlatego – proszę patrzeć na konkrety, proszę patrzeć na praktykę. Jest mammografia. Proszę sobie wyobrazić to, co myśli pacjentka. Ma podejrzenie… Potem okazało się, bo poszła prywatnie, że nic tam nie było… Chociaż na drugim oddziale powiedziano, bo był też drugi numer telefonu, że za trzy miesiące. I kiedy poszła na to badanie, to usłyszała, że „za trzy miesiące chętnie panią zaprosimy", itd. Takie są konkrety. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie chcę na nowo rozpoczynać całej rundy, ale rozumiem, że pani poseł Szczypińska jeszcze krótko, dwa zdania. Proszę.

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Tylko dwa zdania. Chciałabym zapytać – zwracam się do pani prezes i do pana ministra – jaki jest powód, że planowany budżet Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r., to jest 63,4 mld zł…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

O to będziemy pytać w następnym punkcie, za chwileczkę…

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Ale chciałabym wiedzieć – jest o 1 mld zł mniejszy niż w 2013 r. Chciałabym się również dowiedzieć, dlaczego w 2014 r. na chemioterapię Narodowy Fundusz Zdrowia…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Najmocniej przepraszam, mamy to w porządku obrad jako kolejny punkt. Oddam pani głos w pierwszej kolejności.

Teraz zapytam – czy jeszcze ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń, w takim razie, oddam głos pani prezes z następującą propozycją. Ponieważ pytań było bardzo dużo, część nawet bardzo szczegółowych a czas mamy ograniczony,

proponowałbym, żeby krótko odpowiedzieć w sprawach najważniejszych, które pani prezes wyłapała a na resztę pytań – jeśli będzie zgoda członków Komisji – proponowałbym odpowiedzieć na piśmie. To jest pierwsza sprawa.

I druga sprawa, dotycząca wspomnianego wniosku formalnego, o którym mówiła pani poseł. Sprawdzaliśmy to, z zajrzeniem do regulaminu włącznie. Chciałbym więc państwa poinformować, jaka jest sytuacja.

Po pierwsze, jest zwyczajowa procedura zgłaszania tematów do kontroli przez NIK. Mieliśmy określony termin. Było to zrealizowane. Składaliśmy propozycje – również pani poseł – na poprzednim posiedzeniu Sejmu. Natomiast jeszcze inna możliwość, inna procedura. Występujemy o taką kontrolę poprzez marszałka Sejmu. To wymaga, po pierwsze, akceptacji Komisji do podjęcia takich działań. A po drugie, przygotowania wystąpienia, czegoś na kształt dezyderatu, gdzie musi być określony cel i zakres tej kontroli. Musi to być jakoś sformułowane. Zatem, żebyśmy mogli zakończyć ten punkt, proponuję, abyśmy intencyjnie ten wniosek formalny pani poseł przyjęli lub odrzucili a w przypadku jego przyjęcia, zobowiązali panią poseł do przygotowania w imieniu Komisji wspomnianego wystąpienia do marszałka Sejmu.

Tyle w sprawach formalnych. Bardzo proszę, pani prezes.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, tak jak pan przewodniczący sobie życzy, jesteśmy gotowi odpowiedzieć na wszystkie pytania, ale rozumiem, ponieważ one się powtarzały, że na część…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeżeli mogę zasugerować, to może krótko na wszystkie, natomiast mam wrażenie, że zabraknie nam czasu, żeby wszyscy byli zadowoleni z obszerności wypowiedzi. W związku z tym, taka moja sugestia, zwłaszcza że chcielibyśmy mieć możliwość podyskutowania z panią prezes, chociaż krótko, w drugim punkcie.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Dobrze. Bardzo dziękuję. Część pytań dotyczyła szerszego aspektu oceny ofert i kryteriów – przypomnę – określonych w ustawie, w tym ceny i ciągłości.

Odnosząc się częściowo do pytania pana posła Piontkowskiego (pytania pana posła były bardzo merytoryczne) – jeżeli ciągłość w zaproponowanym rozumieniu będzie uwzględniona – oczywiście, będzie to implementowane, być może w rozporządzeniach koszykowych a na pewno w zarządzeniach Funduszu – to będzie uwzględniać interes pacjenta. Czyli, nie interes podmiotu, który wcześniej, na przykład, ileś lat temu, miał kontrakt a teraz go nie ma, tylko ciągłość w rozumieniu interesu pacjenta a więc, żeby zapewnić kontynuację leczenia w następnym okresie kontraktowym. Oczywiście, ciągłość ma bardziej skomplikowane znaczenie a to jest w tym najprostszym rozumieniu, w tym jednym aspekcie, o który pan poseł pytał.

Kompleksowość i możliwość łączenia rodzajów czy zakresów. Jak państwo doskonale wiedzą, art. 15 ustawy określa, w jakich rodzajach i zakresach Fundusz kontraktuje. Zatem, łączenie ich w takim rozumieniu, jednoczasowe kontraktowanie, obecnie nie wchodzi w grę, ale tę kompleksowość uwzględniamy, panie pośle, w zarządzeniach punktując dodatkowo za, na przykład, pokrewne porady, jak reumatologiczna z ortopedyczną lub inne świadczenie o charakterze diagnostycznym. Ma to niebagatelne znaczenie przy ocenie oferty.

Odnośnie do elementu, który pan poruszył, pewnego preferowania publicznych podmiotów – intencyjnie, jak wynikało z pytania – to ustawa nam na to nie pozwala, zresztą pan przewodniczący to powiedział. Nie wspomnę już, że i konstytucja na to nie pozwala, ale proszę pamiętać, że Fundusz jest od dbania o interesy pacjentów, świadczeniodawców ma wybierać i wymagać od nich prawidłowej realizacji umowy.

Odnośne do zakazu konkurencji, przypomnę, że mamy do dyspozycji art. 32 ustawy, który określa, z jakimi podmiotami nie wolno nam zawierać umów. W pozostałym zakresie – i to była refleksja pana prezesa, dotycząca także Pomorza – obecny stan prawny pozostawia jednak inicjatywę samym pracodawcom, samym podmiotom, żeby tak regulować umowy i tak współpracować ze swoimi lekarzami a także innym personelem, żeby

oni nie tworzyli konkurencyjnych podmiotów licząc na to, że oba te podmioty dostaną umowy, czy kontrakt zostanie podzielony. Nie w tym rzecz. Zatem, zakaz konkurencji przez pana przywołany jest jak najbardziej dobry kierunkiem, ale adresatem tej uwagi powinni być pracodawcy. I widać, że w tym konkursie (ale nie tylko w tym) zabrakło tego, tak naprawdę.

Odnośnie do rozkładu terytorialnego (to pytanie pani poseł Gelert, ale także innych posłów) te uwagi, które dotyczyły oceny Oddziału, nie dotyczyły oceny postępowania konkursowego. Nie to zostało negatywnie ocenione. Kontrolę prowadziło Ministerstwo Zdrowia w zakresie rezonansów i tomografów. My planujemy kontrolę w zakresie AOS-u. W tej chwili rozpatrujemy odwołania. Na tę chwilę jest ich 390, ale codziennie spływają nowe. Rozpatrzyliśmy część, głównie rezonansowych AOS-owych. Tak jak wcześniej wspomniałam, połowa została uwzględniona często z przyczyn formalnych, to znaczy, na przykład, niezapewnienia wglądu do ofert konkurencji na etapie postępowania odwoławczego. Zresztą, każda sprawa jest indywidualna (nie muszę chyba mówić tego w tym gronie) i jest indywidualnie rozpatrywana, ale to są refleksje na tym poziomie.

Z analizowanych odwołań nie wynikają błędy odnośnie do zasady w kontraktowaniu. Jeśli chodzi o konkretne przyczyny – my je podawaliśmy publicznie, to jest jednak to, o czym powiedział tutaj pan prezes a więc złe zaplanowanie obszarów kontraktowania, zwłaszcza Trójmiasta, gdzie zapewnione środki i, co za tym idzie, liczba umów były zdecydowanie większe, ale jednorazowo zostały zmniejszone, zdaniem Centrali zbyt nagle, bez wystarczającej informacji.

I drugi z najpoważniejszych zarzutów. Oprócz błędów w funkcjonowaniu Oddziału, jest to sprawa braku prawidłowej informacji dla pacjentów, bo to przede wszystkim było troską i podstawą relacji. W tym zakresie (nie uchylając się oczywiście od odpowiedzialności Centrali i kompetencji określonej w ustawie) przypomnę, że dyrektorzy są dość samodzielni w zakresie planu zakupów, ale także obszarów kontraktowania.

Za chwilę poproszę, żeby pan prezes podał przykłady postępowań uzupełniających. W przypadku chorób zakaźnych widzimy być może pewien element błędu w zakresie obszaru kontraktowania. Proszę państwa, jednak oceniając Oddział, ja tego postępowania nie oceniam negatywnie, jeżeli chodzi o sam sposób jego przeprowadzenia. W każdym województwie, w którym były postępowania konkursowe, nagle, przy ocenie tego, że jakieś podmioty straciły kontrakt, zapominamy, że w ustawie przyjętej przez nasz parlament konkursy są jednak bezwzględnie obowiązującym sposobem zawierania umów. A w konkursie zawsze jest tak, że ktoś wygra a oferta ktoś innego będzie słabiej oceniona.

I tutaj pojawił się dość istotny wątek i sprzeczne informacje na temat cen. Proszę państwa, cena jest oczywiście istotnym elementem oceny oferty (nie jedynym, przypomnę, że art. 142 podaje cztery zasadnicze elementy), ale Fundusz obecnie uważa, że cena nie powinna mieć aż tak dużego znaczenia w ocenie oferty, ponieważ kwalifikacje personelu, dostęp do sprzętu, ciągłość i dostępność, którą w tej informacji omówiliśmy, powinny mieć decydujące znaczenie. W związku z tym jedną z wprowadzonych zmian jest obniżenie wagi ceny z 30% na 20% w ubiegłym roku. Zatem, to wszystkim było znane.

Jednak było tak (odnosząc się do pytania pani poseł Szczypińskiej) na przykład w zakresie rezonansu i tomografu, że podmiot, który także spowodował zadawanie nam mnóstwa pytań, nie obniżył ceny – cenę miał wyższą o 90 gr za punkt, w porównaniu z wszystkimi innymi, co przy wartości 100 tys. punktów daje 90 tys. zł. A to oznacza, że za tyle więcej można było pacjentom zapewnić świadczenia.

Ja oceniam część ofert. Kiedy w trakcie konkursu i już po otrzymywaliśmy informacje z Pomorza, to przewijała się taka oto refleksja, że w przypadku części ofert, także w zakresie ceny, albo ktoś myślał, że uzyska tę kwotę mimo wszystko, albo była to znaczna niestaranność lub nieprzemyślenie w przygotowaniu tych ofert. Bo jeżeli w poradni kardiologicznej podaje się internistów jako osoby wykonujące świadczenia, to jest oczywiste dla każdego, kto tę ofertę podpisuje, że przegra z pozostałymi poradniami kardiologicznymi, gdzie są kardiolodzy. To nie jest nauka z tego konkursu, z wielu innych, ale przy tym rzuca się ona w oczy bardziej niż wcześniej. Mam na myśli czasem nonszalanckie czy nieprzemyślane przygotowanie ofert oraz kwestię ceny. Wystarczyło

oczekiwać za punkt o 90 gr mniej i oferta byłaby lepiej oceniona a pacjenci mieliby większy dostęp.

Odnośnie do kwestii „3 razy 4" i szczegółów, biuro prasowe upubliczniło dzisiaj, pani poseł, w jakich zakresach już teraz udzieliliśmy pozytywnej opinii na temat postępowań uzupełniających. One dotyczą zarówno powiatów, jak i całego województwa. W zakresie genetyki, czy chorób zakaźnych dotyczy to województwa, a w zakresie ginekologii i położnictwa – niektórych powiatów. To wszystko jest indywidualnie rozpatrywane.

Zanim pan prezes opowie o kryterium „3 razy 4", chciałabym powiedzieć, że odnośnie do zasady, koncentracja opieki i nietworzenie sytuacji, że poradnia jest czynna półtorej godziny na tydzień a czasem – co drugi tydzień lub dwie godziny w tygodniu, przyznają państwo, dla pacjentów nie jest to komfortowa sytuacja. W tej chwili następuje koncentracja, również środków, dyrektorzy otrzymali takie wytyczne. Być może jeszcze zdarzają się sytuacje (są one marginalne), że te środki nie są dostosowane do długości funkcjonowania poradni, ale odnośnie do zasady środki i czas pracy zostały bardziej skoncentrowane, co dla pacjentów jest wygodne.

Ja, odnośnie do bezwzględnego stosowania zasady „3 razy 4", będąc jeszcze w innymi miejscu, też miałam taki sam pogląd, że ona nie może być bezwzględnie stosowana, ponieważ są wyjątkowe sytuacje wynikające z różnych przyczyn – czy dostępności do specjalistów, czy charakteru obszaru. W związku z tym, jedną z pierwszych zmian w zarządzeniach, jakie przyszło mi wprowadzić (i do czego jestem przekonana) było wprowadzenie wyjątków. I, proszę państwa, dyrektorzy na podstawie uzasadnionych wniosków świadczeniodawców, ale nie może to być wniosek taki, że organ prowadzący życzy sobie, czy chciałby, tylko musi być uzasadnienie epidemiologiczne lub historycznie, po prostu logicznie – takich zgód w ostatnich miesiącach udzielili kilkadziesiąt w zakresie różnych specjalizacji. Są sytuacje, że jest to rzadka specjalność (o czym mówił pan poseł Hoc) – albo, na przykład, z innych specjalności – diabetolog dziecięcy a jeden z oddziałów uzasadnił dostępność terytorialną do ginekologii i położnictwa w mniejszym wymiarze w poszczególnych powiatach i zgoda została udzielona. Jednak jest to wyjątek, nie zasada.

Przy tej okazji warto wspomnieć, że w przypadku analizy tych poradni czynnych w mniejszym wymiarze niż „3 razy 4", co jest oczekiwanym minimum, diagnostyka w poradniach ginekologiczno-położniczych – charakter udzielanych tam świadczeń i ich jakość – była jednak niższa niż w tych, które zapewniały ciągłość przez kilka dni w tygodniu. To też nasuwa pewne wnioski.

Odnośnie do materiału, proszę państwa, jeśli Wysoka Komisja i pan przewodniczący będą sobie życzyć bardziej szczegółowego, to powiem, że ten napisaliśmy zgodnie z zapytaniem, które dotyczyło ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Moim zdaniem, tam nie przebija się nadmiar optymizmu, tylko czysty realizm z liczbami wskazującymi, jak to się teraz odbywa, łącznie ze skargami, bo te skargi są właśnie wymiarem tego (i takie informacje przekazaliśmy ministerstwu), że pacjenci są niezadowoleni z niektórych świadczeniodawców, co każdorazowo wyjaśniamy, chociaż tendencja jest zniżkowa. A to napawa pewnym optymizmem, bo optymizmu też można się w tym doszukiwać.

Sprawa psychiatrii została wyjaśniona. Art. 15 określa, w jakim rodzaju świadczeń jest psychiatria i to nie jest AOS. Podobnie jest z rehabilitacją. Mimo, że jest nazwa „poradnia rehabilitacyjna", to – przypomnę – jest to rodzaj świadczeń „rehabilitacja". Jeszcze pan prezes krótko uzupełni…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Oczywiście, proszę.

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Dziękuję uprzejmie. Odpowiem bardziej precyzyjnie na pytanie pani poseł Kłosin. Oddział po analizie zwrócił się o akceptację ogłoszenia dodatkowych postępowań konkursowych w zakresie położnictwa i ginekologii na terenie powiatu kwidzyńskiego…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie prezesie, wejdę w słowo. Trzymałbym się tego, o czym powiedziałem – poprosimy o tę odpowiedź na piśmie, skoro już to zapowiedziałem w imieniu Komisji. Proszę krótko, bo zagłosujemy nad wnioskiem pani poseł i będziemy chcieli przejść

do drugiego punktu. Chciałbym przynajmniej dzisiaj rozpocząć ten punkt. Zakładam, że będziemy kontynuować posiedzenie w dniu jutrzejszym.

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Bardzo krótko. Choroby zakaźne – województwo pomorskie. Genetyka – całe województwo. Hematologia – powiaty bytowski, chojnicki, człuchowski, kościerski, lęborski, pucki, słupski, wejherowski oraz Gdynia i Słupsk. Nefrologia – powiaty lęborski i chojnicki.

Odnośnie do „3 razy 4". Tutaj wielokrotnie mówiliśmy – musimy brać pod uwagę, że zasady postępowania konkursowego dotyczą całej Polski. Uwzględniają i duże aglomeracje i Polskę powiatową. W związku z powyższym, naszym zdaniem, utrzymanie zasady „3 razy 4" zapewnia odpowiednią dostępność do świadczeń i możliwość kompleksowego diagnozowania i leczenia pacjentów, natomiast ta możliwość odstępstwa uwzględnia szczególną sytuację Polski powiatowej i tej, w której dostępność do specjalistów jest trochę gorsza.

Chciałbym nadmienić, że ta zasada i ta dążność do tego, aby przede wszystkim zawierać umowy z poradniami, które zapewniają możliwość dostępu do świadczeń w sposób kompleksowy, jest jakby zgodna z oczekiwaniem pani poseł Szymiec-Raczyńskiej, która wspominała, że są poradnie, w których lekarze mają tak zwane puste harmonogramy czy oczekują na pacjenta. Otóż, gdybyśmy rozdrabniali to na bardzo liczne podmioty, które funkcjonują tylko po półtorej godziny tygodniowo, to myślę, że liczba takich sytuacji byłaby częstsza. Na więcej pytań będziemy odpowiadać na piśmie, zgodnie z prośbą pana przewodniczącego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz oddaję głos pani poseł Zalewskiej. Proszę o przypomnienie wniosku, jaki pani postawiła i będziemy nad nim głosować.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Mam jednak ogromną prośbę do pana przewodniczącego, aby spowodował, żebym otrzymała odpowiedzi na piśmie, ponieważ nie dostałam ich nigdy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Mamy to zaprotokołowane, pani poseł…

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Zawsze są protokołowane i nigdy, panie przewodniczący, nie otrzymuję odpowiedzi…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę w takim razie zgłosić się do prezydium Komisji, gdyby nie było odpowiedzi.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dobrze. Zgłaszam formalnie (to też jest protokołowane), że nie otrzymuję odpowiedzi na piśmie.

Proszę państwa, powtarzam wniosek. Oczywiście, mogę sama ten wniosek złożyć, ale wydaje mi się, że sprawa jest na tyle poważna i tak bardzo absorbowała i państwa posłów i Narodowy Fundusz Zdrowia a przede wszystkim pacjentów i media, że warto pokusić się o to, aby Komisja Zdrowia wystąpiła ze wspólnym wnioskiem do Najwyższej Izby Kontroli, która sprawdziłaby całą procedurę związaną z kontraktowaniem, ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich przepisów zakazujących konkurencyjności a także ze sprawdzeniem, którzy świadczeniodawcy wygrali konkursy a byli związani z instytucjami zapewniającymi im dostęp do danych Narodowego Funduszu Zdrowia lub do wiedzy na ten temat. Myślę, między innymi, o dyrektorach szpitali, którzy zdobyli kontrakty na swoje własne usługi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Katulski z wnioskiem przeciwnym, bardzo proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Oczywiście, ja zgłaszam wniosek przeciwny. Najwyższa Izba Kontroli kontroluje wszelkie instytucje, które podlegają tej kontroli, również Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie

widzę powodu, żeby teraz Komisja Zdrowia występowała ze szczególnym wnioskiem. Zgłaszam wniosek przeciwny.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Zanim zagłosujemy, po pierwsze – przypominam, że i tak obowiązuje pewna droga formalna. My możemy wystąpić, oczywiście po napisaniu tego wniosku, do pani marszałek, która, po akceptacji, przekazuje go dalej.

Mamy tu przedstawiciela NIK-u. Proszę uprzejmie. I proszę się przedstawić.

Wicedyrektor Departamentu Zdrowia w Najwyższe Izbie Kontroli Marek Trosiński:

Marek Trosiński, wicedyrektor Departamentu Zdrowia w NIK. Według staniu na dzień dzisiejszy, Najwyższa Izba Kontroli prowadzi kontrolę kontraktowania, która obejmuje województwa południowe. Wyniki tej kontroli będą znane w najbliższych tygodniach… Mówię, że NIK prowadzi tę kontrolę na terenach województw południowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za te wyjaśnienia. Czy pani poseł podtrzymuje wniosek?

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Oczywiście. Myślę, że warto zobaczyć, w jaki sposób będziemy głosować.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

W takim razie, głosujemy. Najwyżej część pracy będzie tu zrealizowana.

W takim razie, głosujemy ten wniosek formalny. Bardzo proszę. Kto jest za przyjęciem tego wniosku formalnego pani poseł Zalewskiej? Kto jest przeciwny? Kto się wstrzymał od głosu? Dziękuję.

7 głosów było za wnioskiem, 17 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Na tym kończymy rozpatrywanie punktu pierwszego.

Przechodzimy do punktu drugiego – zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r. Bardzo proszę, pani prezes. Oddaję pani głos.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, na podstawie art. 121 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwracam się do Wysokiej Komisji o zaopiniowanie przedłożonego planu finansowego na 2014 r. Przypomnę, że plan jest tworzony zgodnie z ustawą, na podstawie prognoz kosztów i przychodów na kolejne trzy lata, w tym wypadku 2014-2016 oraz projektów planów finansowych przygotowanych i przekazanych Centrali przez dyrektorów oddziałów.

Zgodnie z przepisami, Ministerstwo Finansów i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przekazują nam wskaźniki przyjęte do projektu ustawy budżetowej, w tym wypadku, na rok 2014 oraz zaktualizowane wskaźniki za 2013 r. Na tej podstawie Fundusz określa w planie finansowym planowane koszty Centrali, w szczególności rezerwy na świadczenia wynikające z przepisów o koordynacji oraz planowanych kosztów poszczególnych oddziałów, w tym przede wszystkim koszty świadczeń, koszty rezerwy w ramach migracji ubezpieczonych i rezerwy związane z ustawą refundacyjną oraz łączne przychody i koszty Funduszu.

Odniosę się pokrótce najpierw do przychodów wskazanych w planie finansowym. Otóż, przychody na 2014 r. są zbliżone do przychodów Funduszu określonych na rok 2013. Wzrost przychodów wskazanych w tabeli nr 1, to wzrost o 0,1%, czyli kwota 91 mln zł. Przychody te składają się w głównej mierze ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które są określone w planie na poziomie 63 mld 579 mln 324 tys. zł i jest to zmniejszenie – co wynika z tych wskaźników makroekonomicznych przekazanych przez oba ministerstwa – o ponad 758 mln zł.

Pozostałe przychody, to przychody wynikające z przepisów o koordynacji, w kwocie ponad 131 mln zł. Ta kwota jest szacowana na podstawie prognoz wynikających z funkcjonowania przepisów o koordynacji, czyli – przypomnę – leczenia polskich pacjentów za granicą. Jest ona nieco niższa niż w roku poprzednim, ale to także wynika z tego, jak kształtowały się przepisy rozporządzeń koordynacyjnych – w tym roku i w poprzednich mieliśmy nieco większe wydatki z powodu zmian w tych rozporządzeniach. Myślę,

że w roku następnym ta sytuacja się ustabilizuje. Prognoza jest przemyślana, chociaż – oczywiście – to wszystko zależy od indywidualnych wniosków pacjentów, którzy ubiegają się o leczenie za granicą. Co roku taką symulację robimy.

Kolejna pozycja przychodowa, to dotacje z budżetu państwa na realizację zadań wynikających z uprawnień określonych w art. 97. W szczególności dotyczy to osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych. W tym roku przewidujemy wzrost tej dotacji do poziomu ponad 942 mln zł, co wynika z doświadczeń i symulacji na podstawie minionego roku a także bieżącego, po analizie okresu za pierwsze półrocze 2013 r. Stąd właśnie wzrost tej dotacji.

Poza tym, stała dotacja w niezmienionej wysokości na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, na kwotę 1 mld 839 mln zł, pozostałe przychody w wysokości ponad 263 mln zł – tu przewidujemy wzrost, ale to wynika z aktualnych przepisów ustawy refundacyjnej, w szczególności z szacunku instrumentów dzielenia ryzyka z unijnego programu Akademii NFZ-u i stąd ta symulacja na poziomie o ponad 170 mln zł wyższa niż w roku poprzednim i przychody finansowe, gdzie są odsetki na poziomie 63 mln zł. Jest to kwota także zmniejszona, wynikająca ze zmiany stóp oprocentowania lokat. Niestety, musieliśmy zaplanować kwotę niższą.

Jeżeli chodzi o koszty, to w celu zrównoważenia przychodów z kosztami – ponieważ przypomnę, że zgodnie z art. 118 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mamy obowiązek zapewnić świadczenia na poziomie nie niższym niż w roku poprzednim – zaplanowaliśmy zaangażowanie rezerw funduszu zapasowego na poziomie 240 mln 946 tys. zł, w celu zapewnienia kosztów na poziomie wynikającym z ustawy. Poza tym, uwzględniliśmy, proszę państwa, na podstawie symulacji Centrali, potencjalne skutki ustawy transgranicznej, gwarantującej takie świadczenia naszym pacjentom, którzy będą chcieli z tego skorzystać.

Planowane koszty ogółem, w wysokości 67 mld 61 mln 86 tys. zł, to są koszty poboru składek – to jest kwota wynikająca z ustawy i proporcjonalna do wysokości zaplanowanych składek – obowiązkowy ustawowy odpis na rezerwę ogólną w wysokości ponad 634 mln zł – to coroczna pozycja wynikająca z przepisów. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej zaplanowane w wysokości ponad 63 mld 387 mln zł, to kwota o 0,25% wyższa od planu pierwotnego w 2013 r., bo zawsze odnosimy się do planu pierwotnego. Później plan pierwotny został zmodyfikowany przez uwolnienie części funduszu zapasowego.

W oddziałach Funduszu gwarantujemy środki na poziomie roku 2013. Kwota wyższych środków na świadczenia wynika ze wspomnianej przeze mnie rezerwy na świadczenia z ustawy transgranicznej. Poza tym, są koszty zespołów ratownictwa medycznego w kwocie wskazanej przeze mnie po stronie przychodowej, koszty administracyjne, koszty pozostałe, w tym opłaty, podatki – rzeczy oczywiste – i koszty finansowe.

Co warto powiedzieć o kosztach świadczeń, bo te wszystkich najbardziej interesują? Nominalnie odnotowujemy w planie wzrost o 0,7% a realnie jest to 99,1% w stosunku do 2013 r. Przypomnę, proszę państwa, że podział pomiędzy oddziały odbywa się zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 118 ustawy i opiera się na liczbie ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziałach wojewódzkich, pacjentów podzielonych według wieku, płci i grup ubezpieczonych oraz ryzyk zdrowotnych. Ryzyka zdrowotne oparte są na dwóch elementach czyli – terapeutycznych programach zdrowotnych i tak zwanych świadczeniach wysokospecjalistycznych czyli takich, których wartość przekracza 10 tys. zł.

Według takich zasad, proszę państwa, w planie proponowanym na 2014 r., kwoty dla poszczególnych oddziałów, zgodnie z ustawową zasadą, że nie mogą one być niższe, są identyczne jak w roku 2013. Czyli, stosowaliśmy tutaj regułę zawartą w art. 118 ust. 4 ustawy.

Jeśli chodzi o działania dyrektorów, którzy przedstawili nam swoje plany, na podstawie których robimy plan, który następnie przedstawiamy Wysokiej Komisji, to oczywiście oprócz kosztów świadczeń, zgodnie z rodzajami określonymi w ustawie i realizacją zasad zawierania lub kontynuacji umów, w zależności od indywidualnej sytuacji oddziału, oddziały zaplanowały koszty leków, zarówno w refundacji aptecznej, jak i programach lekowych i chemioterapii (wszyscy znamy zasady ustawy refundacyjnej). Poza tym – rezerwę na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpie-

czonych, która jest tworzona na podstawie dotychczasowych doświadczeń oddziałów, co widać w planie. W jednej z pozycji mają państwo wskazaną ogólną rezerwę w kwocie ponad 3 mld zł. Jedną z pierwszych czynności po zatwierdzeniu planu jest zawsze uwolnienie tej rezerwy na poszczególne oddziały, zgodnie z zapotrzebowaniem wskazywanym przez oddziały.

Warto wspomnieć przy tej okazji o tych rodzajach lub zakresach, na które przeznaczamy środki wyższe i na które oddziały zgłaszały wnioski o wyższe środki niż w roku poprzednim. W szczególności dotyczy to ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co związane jest z kontynuacją zmian w AOS-ie (wprowadzenia tam Jednorodnych Grup Pacjentów) a także planowanych przez nas działań w postaci wydzielenia środków na procedury zabiegowe – ponieważ pod tym względem dość krytycznie oceniamy obecnie działanie AOS-u – na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, co jest wyrazem realizacji „Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego”, na rehabilitację leczniczą, ponieważ, po kolejnych zakresach, planujemy wprowadzić Jednorodne Grupy Pacjentów w rehabilitacji pulmonologicznej na początku roku i ogólnoustrojowej w trakcie roku. Poza tym, jednym z priorytetów medycznych Funduszu na rok przyszły jest rehabilitacja kardiologiczna. Także świadczenia opieki zdrowotnej odrębnie kontraktowane, w związku ze stałym wzrostem liczby pacjentów dializowanych – na ten cel również przeznaczamy większą kwotę niż w roku poprzednim. I zaopatrzenie w wyroby medyczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

To w dużym skrócie wszystkie elementy planu, o którego zaopiniowanie zwracamy się do Wysokiej Komisji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, na tym musimy przerwać nasze dzisiejsze posiedzenie Komisji. Do rozpatrywania projektu, do dyskusji i wystąpienia pana ministra wrócimy w dniu jutrzejszym. Na jutro na godzinę 16.00 mieliśmy zaplanowane posiedzenie Komisji, ale zaczniemy od dokończenia dzisiejszego posiedzenia a następnie będziemy realizować jutrzejszy porządek obrad. Dziękuję bardzo. Do zobaczenia w dniu jutrzejszym.